



Universidade de Brasília  
Instituto de Ciências Humanas  
Departamento de Serviço Social  
Serviço Social

**ISABELA CRISTINA CARBONERA**

## **Mulheres em Situação de Rua e Políticas Públicas de Saúde**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**Brasília  
2017**

**ISABELA CRISTINA CARBONERA**

**Mulheres em Situação de Rua e Políticas Públicas de Saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social na Universidade de Brasília para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social em Serviço Social, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Livia Barbosa Pereira

Orientadora: Livia Barbosa Pereira

Brasília  
2017

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

ISABELA CRISTINA CARBONERA

### **Mulheres em Situação de Rua e Políticas Públicas de Saúde**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: \_\_/\_\_/2017

BANCA EXAMINADORA:

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lívia Barbosa Pereira (SER/UnB)**

(Orientadora)

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Camila Potyara Pereira (SER/UnB)**

(Membro interno do SER/UnB)

---

**Prof.<sup>a</sup> M<sup>a</sup>. Patrícia Cristina P. de Almeida (SER/UnB)**

(Membro interno do SER/UnB)

## **Resumo**

Este Trabalho de Conclusão de Curso versa sobre o tema mulheres em situação de rua e políticas públicas de saúde, partindo do questionamento inicial: “Como as políticas públicas de atenção a saúde das mulheres protegem esse segmento?”. A partir daí, foi feita análise das principais políticas de saúde da mulher no Brasil, após a criação da Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) em 2003, onde foi efetuado um levantamento de onze políticas públicas. Além disso, foi realizada análise bibliográfica. As análises efetuadas neste estudo basearam-se no materialismo histórico dialético. Concluiu-se que existem barreiras dentro das políticas de atenção a saúde das mulheres em situação de rua, que impedem o atendimento e a proteção desse segmento, além disso foi verificado um silêncio quanto a inclusão dessa população dentro de tais políticas. As mulheres em situação de rua, as quais representam uma minoria dentro de tal ambiente, necessitam de políticas que reconheçam suas especificidades, tragam visibilidade e garantam efetivamente seu acesso aos serviços de saúde.

Palavras-Chave: Mulher em situação de rua; População em situação de rua; Políticas públicas de saúde; Políticas de atenção a saúde das mulheres

## **Abstract**

This graduation work is about homeless women and public health policies, starting with the initial questioning “How do public health care policies protect women in this condition?” From this point, an analysis of the main policies of women’s health in Brazil was made after the creation of the Secretariat for Women’s Policies (SPM) in 2003, where a survey of eleven public policies was carried out. In addition, a bibliographic analysis was performed. The analyzes carried out in this study were based on dialectical historical materialism. It was concluded that there are barriers within the health care policies of homeless woman, which prevent the care and protection of this segment, in addition there is a silence as to the inclusion of this population within such policies. Homeless woman, who represent a minority within such an environment, need policies that recognize their specificities, bring visibility and effectively guarantee their access to health services.

Keywords: Homeless woman; Homeless; Public health policies; Women’s health care policies

## **Lista de ilustrações**

Figura 1 – Gráfico 1: Percentual de homens e mulheres por grupos etários . . .	11
Figura 2 – Gráfico 2: População em situação de rua segundo impedimento de entrar em locais e realizar atividades . . . . .	21

## **Lista de tabelas**

Tabela 1 – Distribuição da população em situação de rua por escolaridade . . .	12
Tabela 2 – Principais Políticas após a criação da Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) . . . . .	34

## Sumário

<b>1</b>	<b>Introdução . . . . .</b>	<b>8</b>
<b>1.1</b>	<b>Metodologia . . . . .</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>A População em Situação de Rua . . . . .</b>	<b>11</b>
<b>2.1</b>	<b>Contextualização e caracterização da População em Situação de Rua . . . . .</b>	<b>11</b>
<b>2.2</b>	<b>Direitos da População em Situação de Rua . . . . .</b>	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>Mulheres em Situação de Rua: relações de gênero e saúde . . .</b>	<b>22</b>
<b>3.1</b>	<b>Histórico das Políticas de Atenção à Saúde das Mulheres . . . .</b>	<b>29</b>
<b>3.2</b>	<b>Análise das Políticas de Atenção a Saúde das Mulheres . . . . .</b>	<b>33</b>
<b>4</b>	<b>Considerações finais . . . . .</b>	<b>38</b>
	<b>Referências . . . . .</b>	<b>40</b>



## 1 Introdução

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) constitui-se como um dos requisitos para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social na Universidade de Brasília (UnB). Ele versa sobre a temática “mulheres em situação de rua e políticas de saúde”. A escolha do tema foi motivada por duas experiências minhas de estágio, sendo a primeira na Associação Casa Santo André, a qual executa o serviço de abordagem social e de acolhimento para adultos e famílias em situação de rua, e a segunda no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), onde estive diante dos problemas enfrentados pela saúde pública no Distrito Federal.º

Diante disso, as referidas experiências despertaram meu interesse em analisar as políticas públicas de saúde voltadas para mulheres no Brasil e como elas protegem as mulheres nessa situação, partindo do princípio de que essa população é vista como um grupo invisível e, desse modo, o Estado não as percebe as mulheres em situação de rua como cidadãs de direitos, não garantindo seus direitos fundamentais como da Saúde, o qual é dever por lei dentro da nossa Constituição Federal de 1988.

Busca-se com essa pesquisa contribuir para a visibilidade das mulheres em situação de rua, uma vez que sofrem não somente com a exclusão, mas também com o machismo enraizado na sociedade. Dando voz a suas necessidades, além de propiciar conhecimentos sobre os aspectos sociais e econômicos dessa população.

A presença da população em situação de rua é algo que tem sido recorrente aos assistentes sociais, que muitas vezes se deparam com essa temática na sua atuação profissional. Logo, buscar a proteção social e a garantia de direitos dessas mulheres, é um grande desafio ao profissional, que deve guiar sua ação sempre pautada no Projeto Ético-Político e no Código de Ética da profissão.

Mediante ao exposto, buscou-se durante o trabalho o aprofundamento sobre os eixos: políticas de atenção a saúde das mulheres, relações de gênero e mulheres em situação de rua. O desvelar do objeto dessa pesquisa se traduz na seguinte indagação: “Como as políticas de atenção a saúde das mulheres no Brasil protegem as mulheres em situação de rua?”.

As mulheres, segundo o Primeiro Censo e Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua de 2008, representam somente 18% dessa população. De acordo com Tiene (2004), o tratamento desigual dentro da sociedade e nas relações de gênero, se manifesta também nas ruas, um espaço público, que se mostra como um ambiente violador, em que as maneiras de se relacionar são entrelaçadas muitas vezes com a violência dos seus próprios corpos.

O trabalho, inicia-se, trazendo a discussão acerca do fenômeno população em situação de rua, o qual está relacionado com o crescimento do sistema capitalista e

com as mudanças ocorridas nos processos de trabalho. Tal segmento, se mostra ainda bastante crescente, apesar dos avanços quanto as políticas sociais voltadas para a ampliação de direitos, uma vez que grande parte da população em situação de rua não possui acesso aos programas do governo.

Após, discute-se a saúde das mulheres em situação de rua, trazendo um breve histórico sobre as políticas de atenção à saúde das mulheres, as quais inicialmente possuíam uma visão que reduzia a mulher somente a uma perspectiva reprodutiva. Porém, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), foi criado em resposta as reivindicações feministas. Tal programa, ainda que com dificuldades, trouxe o princípio da integralidade, e passou a abordar a saúde da mulher em todos os seus ciclos da vida. (SOUTO, 2008)

As mulheres em situação de rua, ao desvelar deste estudo, apresentaram-se como um público altamente vulnerável, que carecem de políticas públicas, principalmente nas áreas de assistência e saúde. A criação de políticas específicas a esse segmento, é de extrema necessidade, e devem ser criadas considerando como as relações de gênero marcadas pelo patriarcado influenciam nos processos de saúde-doença dessa população, somadas ao fato de estarem na rua, que implica ainda mais no agravamento de sua vulnerabilidade.

## 1.1 Metodologia

O presente estudo baseia-se em uma análise qualitativa, de cunho interpretativo e crítico, uma vez que

“Pesquisadores críticos assumem que a realidade social é historicamente constituída e que é produzida e reproduzida pelas pessoas. Embora as pessoas possam conscientemente atuar para mudar suas circunstâncias sociais e econômicas, os pesquisadores críticos reconhecem que as suas habilidades para fazer tais mudanças são restringidas por várias formas de dominação social, cultural e política.” (JOSEMIN, 2011, p.10)

Tendo em vista que a pesquisa qualitativa busca a compreensão da realidade, foi realizado revisão de literatura e análise das políticas públicas de saúde para as mulheres no Brasil. Para a realização da referida análise, foi efetuado um levantamento de políticas de saúde da mulher após a criação da Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) que, por meio da medida provisória nº103 de 2003, foi firmada como órgão para a defesa dos direitos das mulheres.

Destarte, foi reunido para esse estudo um total de onze políticas públicas de atenção a saúde das mulheres, encontradas a partir de pesquisas realizadas no site do Ministério da Saúde e no site da Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM). Entre

as políticas, destacam-se diretrizes, planos de ação e redes de cuidado. As políticas foram selecionadas e analisadas separadamente, e ao final investigou-se referências diretas às mulheres em situação de rua e suas especificidades, assim como as maneiras de acesso de tais políticas.

Esta pesquisa foi desenvolvida com base nos fundamentos da teoria social de Marx, tendo como método de investigação o materialismo histórico dialético. O método dialético compreende a vinculação dos fenômenos existentes na sociedade, além de compreender as mudanças que ocorrem, permitindo examinar os fenômenos não apenas do ponto de vista de suas relações mútuas. Situar o “fator econômico” como determinante nas relações sociais para Netto (2009) , se faz necessário ao realizar o debate acerca da população em situação de rua, considerando a historicidade dos sujeitos.

Para os profissionais de Serviço Social, apropriar-se de uma visão crítica sobre os conhecimentos sólidos é necessário para uma prática profissional eficiente e inovadora. Logo a investigação no plano do conhecimento é de responsabilidade dos assistentes sociais que buscam intervir na realidade.

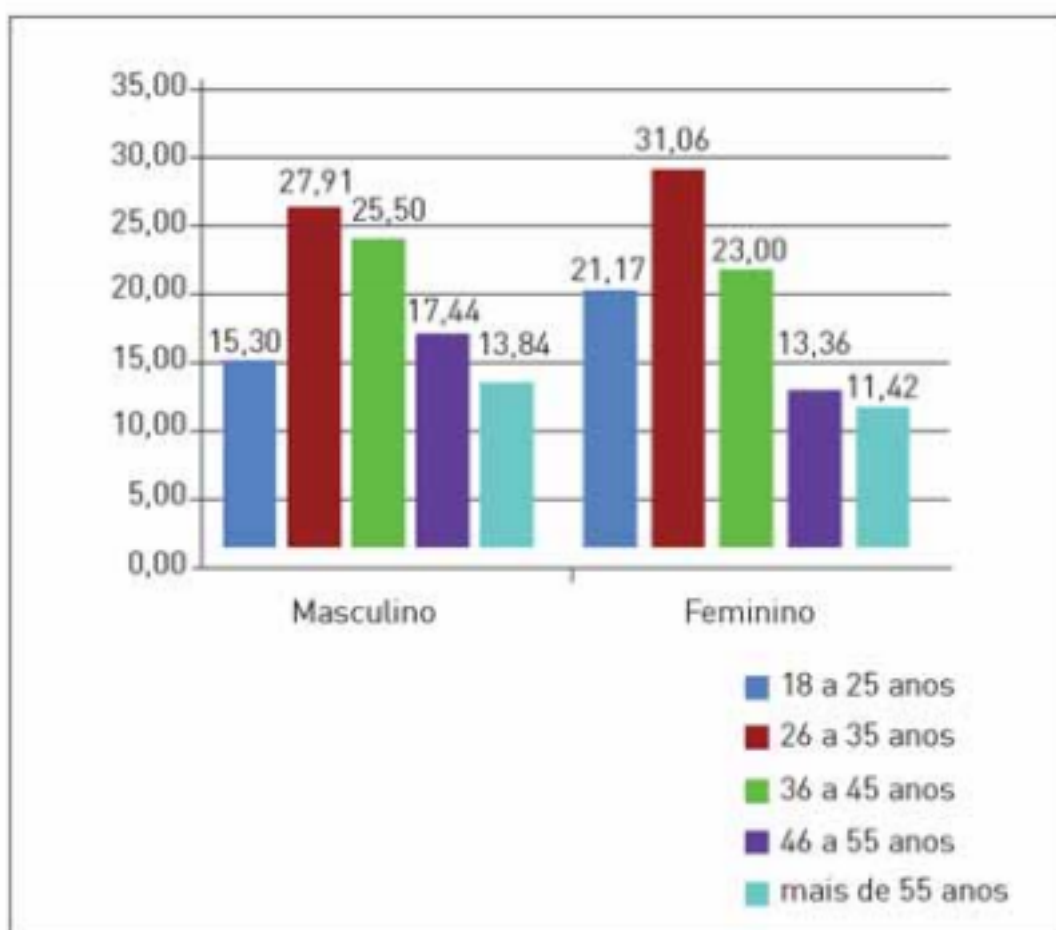
## 2 A População em Situação de Rua

### 2.1 Contextualização e caracterização da População em Situação de Rua

São poucos os dados oficiais existentes sobre a população em situação de rua no Brasil. Essa falta de dados sobre tal segmento é algo problemático, uma vez que prejudica a implementação de políticas públicas voltadas esse segmento, reproduzindo a sua invisibilidade no âmbito das políticas sociais.

A população em situação de rua, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (META – INSTITUTO DE PESQUISA DE OPINIÃO, 2008), é predominantemente masculina (82%), com maior concentração de pessoas em idade economicamente ativa, e com leve prevalência de mulheres nos grupos etários mais baixos, conforme se observa do Gráfico 1.

**Figura 1 – Gráfico 1: Percentual de homens e mulheres por grupos etários**



Rua: aprendendo a Contar: Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua.– Brasília, DF: MDS; Secretaria de Avaliação e. Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009

Segundo Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil de 2016 (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2016), realizada via Censo

do Sistema Único de Assistência Social (Censo Suas) disponibilizados por 1.924 municípios brasileiros, estima-se que há cerca de 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil, sendo sua maior parte localizada nos grandes municípios.

De acordo com a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (META – INSTITUTO DE PESQUISA DE OPINIÃO, 2008), que abarcou 71 cidades do Brasil, a população em situação de rua se declara em sua maioria negra (67%), e é composta predominantemente por homens (82%). Além disso 71,9% dessa população são originárias da área urbana, enquanto 30,3% são migrantes, os quais 45,3% realizaram a mudança de cidade em busca de oportunidades de trabalho e 18,4% por razões de conflito familiar. Mais da metade dessa população (53%) possui idade entre 25 e 44 anos.

Em grandes cidades como o Rio de Janeiro, a população em situação de rua continua a crescer. Segundo a Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro, do ano de 2014 a 2017, estima-se que ocorreu um aumento de 150% no número de pessoas nessa situação.

No que diz respeito à formação escolar, 63,5% dessa população não concluiu o primeiro grau, 17, 1% não sabem ler e escrever e 8,3% sabem assinar apenas o primeiro nome. A grande maioria não estuda atualmente (95%) e apenas 3,8% dos entrevistados afirmaram estar fazendo algum curso. A Tabela 1 abaixo mostra que essa é uma população com pouco acesso ao sistema escolar. (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2016)

**Tabela 1 – Distribuição da população em situação de rua por escolaridade**

<b>Escolaridade</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
Nunca estudou	4.175	15,1
1ºgrau incompleto	13.384	48,4
1ºgrau completo	2.854	10,3
2ºgrau incompleto	1.045	3,8
2ºgrau completo	881	3,2
Não sabe/Não lembra	2.136	7,7

<b>Escolaridade</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Não informado	2.787	10,1
<b>Total</b>	<b>27.647</b>	<b>100,0</b>

Rua: aprendendo a Contar: Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua.– Brasília, DF: MDS; Secretaria de Avaliação e. Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009

Destaca-se que, a maioria da população em situação de rua sabem ler, o que vai contra ao pensament

Para Silva (2006), o surgimento do fenômeno social população em situação de rua está estritamente ligado ao desenvolvimento do sistema capitalista. As consequências da expropriação dos meios de produção por parte dos capitalistas deram origem ao fenômeno pauperismo, o qual se insere a população em situação de rua, tendo “como base a expropriação dos produtores rurais e camponeses e a sua transformação em assalariados, no contexto da chamada acumulação primitiva e da indústria nascente.”(SILVA, 2006, p.75)

Marx (2017) chama de acumulação primitiva o processo histórico que cria a relação capitalista, onde ocorre a separação do produtor e dos meios de produção, ponto de partida para o modo de produção capitalista. Ele a chama de “primitiva” pois está relacionada a pré-história do capital, que surgiu a partir da economia da sociedade feudal, quando o trabalhador passa a se tornar um “livre vendedor de sua força de trabalho”, porém nesse processo, “grandes massas humanas são despojadas súbita e violentamente de seus meios de subsistência e lançadas no mercado de trabalho como proletários absolutamente livres”. (MARX, 2017, p.963)

Vale destacar que para Marx, antes dos trabalhadores se converterem em livres vendedores de sua força de trabalho, todos os seus meios de produção e existência foram roubados, separando de um lado os possuidores dos meios de produção, e de outro os trabalhadores livres.

Nesse sentido, a reprodução de força de trabalho foi se incorporando ao capital, gerando uma relação de dependência e de subordinação, ocasionando como afirma Marx (2017), em uma acumulação de miséria correspondente à acumulação de capital. Por conseguinte, pode-se afirmar que a população em situação de rua, representa a contradição existente no capitalismo e faz parte da massa “sobrante” necessária para a ascensão de tal sistema.

A globalização juntamente do avanço tecnológico trouxeram mudanças significativas em nossa sociedade, acompanhadas de consequências que atingiram e ainda atingem parcela da população, com a desigualdade e a destituição de garantias

sociais. No Brasil, embora a transformação no modelo econômico tenham ocorrido de forma diferente do restante do mundo, devido suas particularidades históricas, sociais e econômicas, não houve uma efetiva constituição do estado de bem-estar social e seu modelo econômico produziu subjugados, pessoal e socialmente, com difícil perspectiva de transposição social. (COSTA, 2005)

A nova forma que assumiu o processo do trabalho no Brasil hoje, possui relação com todas essas transformações, que se iniciariam através do trabalho livre, o qual foi dado pela Abolição da Escravidão em 1850, após pressões da Inglaterra. Segundo Theodoro (2002), essa situação gerou um novo perfil de ocupação de força de trabalho no Brasil, onde em sua maioria era composta por homens livres e libertos, os quais se dedicavam a economia de subsistência em sua maioria. O nascimento do mercado de trabalho no Brasil, conseqüentemente foi acompanhado pela crescente entrada de uma população trabalhadora no setor de subsistência, dando origem décadas depois ao denominado setor informal.

Entre as mulheres ex escravas, o trabalho doméstico era o mais realizado, normalmente em troca de um lar e comida. Segundo Pereira (2011), esse era um setor fundamental do universo do trabalho dentro das grandes cidades, na virada do XIX para o séc XX, por assegurar a incorporação dessas trabalhadoras no sistema produtivo. Percebe-se que a divisão sexual do trabalho nesse momento já assumia uma ideologia predominante que mantinha as mulheres libertas como cuidadores dos lares.

Na segunda metade do século XIX, período em que marcava os primeiros indícios da industrialização no Brasil, de acordo com Theodoro (2002), nos centros mais dinâmicos da economia do país, a mão-de-obra imigrante passou a substituir os escravos, como nas novas regiões produtoras de café. O incentivo dessa mão de obra foi marcada pelo preconceito e a discriminação de raça quanto aos ex escravos. Um grande fluxo de ex escravos porém foi enviado para as grandes cidades do Brasil, como Recife, mas a maior parte da força de trabalho liberada continuou nas propriedades rurais, sob regime de baixíssima remuneração e até mesmo como assalariados, como afirma o autor.

Dessa forma, o mercado de trabalho no Brasil, nasceu em um ambiente de exclusão para uma significativa parte da força de trabalho. “Criando assim o trabalho livre, o Estado criou também as condições para que se consolidasse a existência de um excedente estrutural de trabalhadores, aqueles que serão o germe do que se chama hoje ‘setor informal’.” (THEODORO, 2002, p.104)

A partir de 1930, em meio ao cenário da Crise de 1929, o Estado passou a ter um papel intervencionista. Theodoro (2002) destaca um momento de migração caracterizada pelo fluxo rural-urbano devido ao estímulo a economia, visando a busca da melhoria das comunicações e do transporte no país, gerando uma economia in-

tegralizada no Brasil. Essa migração ocorreu principalmente em São Paulo, não se limitando apenas a regiões mais industrializadas, mas também às metrópoles regionais. Inicia-se desta maneira, um período de modernização econômica, período também o qual surgem as primeiras leis trabalhistas.

Tal processo de modernização permitiu uma significativa absorção no mercado de trabalho da população até então excluída, porém não significou uma reversão à situação social do país. Consequentemente ao processo de urbanização, ocorreu a proliferação das favelas nas grandes metrópoles, uma vez que as cidades passaram a crescer de maneira desordenada. Os altos custos da cidade estruturada, incompatíveis com os rendimentos da população desempregada ou empregada levou a uma situação de vulnerabilidade habitacional no país.

Estas mudanças constantes no processo do trabalho, geraram o que Castel (1997) denomina como “sobrantes”, a população a qual em decorrência das novas exigências de competitividade, foram excluídos pela conjuntura econômica e social dos últimos anos.

A reprodução do fenômeno população de rua passa a ocorrer então no processo de acumulação do capital, no contexto da produção contínua de uma superpopulação relativa, excedente à capacidade de absorção pelo capitalismo, segundo Silva (2006), de 1995 a 2005, as mudanças no mundo do trabalho criaram uma superpopulação relativa, com elevados níveis de vulnerabilidade, que tornou cada vez mais recorrente a presença de pessoas em situação de rua nos grandes centros urbanos do país.

Segundo a autora, essa superpopulação, assume a forma de flutuante, latente e estagnada. Flutuante é “típico do perfil contemporâneo da população em situação de rua no Brasil, pois grande parte dos que hoje se encontram nessa condição foram “liberados” da indústria e possui idade mediana.” (SILVA, 2006, p.77)

A forma latente se expressa nos fluxos migratórios dos trabalhadores rurais para a cidade, e a forma estagnada representa a parte da classe trabalhadora em atividade, mas em ocupações irregulares, os quais recebem baixos salários e não tem garantias de proteção social decorrentes de suas atividades laborais. (SILVA, 2006)

A autora define como característica da população em situação de rua, a heterogeneidade, pois, essa população possui diferentes características em relação ao tempo de permanência na rua, às causas que os levaram a tal condição, às relações que estabelecem com o trabalho antes e após a situação de rua e ao perfil socioeconômico. Porém destaca que a população em situação de rua possui características em comum como a extrema pobreza, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular e a utilização da rua como espaço de moradia e sustento, temporariamente ou de forma permanente. (SILVA, 2006, p.77)



Conforme a Política Nacional Para Inclusão da População em Situação de rua (GOVERNO FEDERAL, 2008), a população em situação de rua, pode ser definida como:

“um grupo populacional heterogêneo que tem em comum a pobreza, vínculos familiares quebrados ou interrompidos, vivência de um processo de desfiliação social pela ausência de trabalho assalariado e das proteções derivadas ou dependentes dessa forma de trabalho, sem moradia convencional regular e tendo a rua como o espaço de moradia e sustento. Naturalmente, existem muitas outras especificidades que perpassam a população de rua e devem ser consideradas, como gênero, raça/cor, idade e deficiências físicas e mentais.” (p.9)

De acordo com Abreu, Reis e Prates (2000), entre os motivos que leva tal população as ruas, está muitas vezes associado ao desemprego e problemas de ordem econômica, que se materializam também na fragilização dos vínculos familiares.

Para Silva (2006) , o processo de estar em situação de rua em alguns casos ocorre de forma lenta e gradual, intercalada com retornos à família e com tentativas de novas alternativas de moradia. Em outros casos a ida para as ruas ocorre de forma repentina e marcada por rupturas.

De acordo com a Primeiro Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (META – INSTITUTO DE PESQUISA DE OPINIÃO, 2008), realizada em 2008 , cerca de 35,5%, afirmam que passaram a viver e morar na rua por problemas relacionados ao uso de álcool e/ou outras drogas, 29,8% justificam pela situação de desemprego, enquanto 29,1% por desavenças com pai/mãe/irmãos, sendo que 71,3% do total de entrevistados citaram pelo menos um dos três motivos. Os dados também mostram que 48,4% está vivendo a mais de dois anos na rua e 30% a mais de cinco anos.

Ainda sobre a pesquisa, a maioria dessa população é composta por trabalhadores que exercem alguma atividade remunerada (70,9%), e contrariando a imagem difundida somente a minoria utiliza da mendicância <sup>1</sup> (15,7%) como principal meio de sustento. As principais atividades são de catadores de material reciclável, flanelinhas <sup>2</sup> e trabalhos na construção civil. Ou seja, a maioria faz parte dos chamados trabalhadores informais, assim como no Distrito Federal, pesquisas de 2015 mostram que 90% das pessoas em situação de rua na região, exercem alguma atividade de renda informal e somente 10% pedem esmolas <sup>3</sup> .

Por consequência, as ruas para essa população atingida pelo desemprego e pela fragilização dos vínculos familiares, passa a ser um espaço de moradia e sustento.

<sup>1</sup> Ato de pedir, publicamente, com habitualidade, esmolas ou auxílio de qualquer natureza, a pretexto de pobreza ou necessidade.

<sup>2</sup> Guardador de veículos que se dispõe a vigiar o automóvel em troca de dinheiro.

<sup>3</sup> Pequena quantia de dinheiro dada por ato caridoso.

As mudanças no mercado de trabalho no Brasil, recorrentes da reestruturação produtiva, resultaram no desemprego e no aumento da população em situação de rua. De acordo com Silva (2006) as principais ocupações realizadas por essas pessoas, antes da sua condição nas ruas, eram as ocupações que perderam postos de trabalho e hoje o cenário de desemprego continua crescente e marcado pela destituição de direitos trabalhistas, o que leva a crer que o número de pessoas em situação de rua continuará a crescer, inclusive de mulheres.

## **2.2 Direitos da População em Situação de Rua**

A Constituição de Federal de 1988, trouxe importantes mudanças no Panorama dos Direitos Humanos no Brasil. De acordo com o art. 6º: “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. (Brasil, 1988). Direitos esses garantidos a todos os cidadãos, incluindo a população em situação de rua.

Políticas voltadas para a garantia de direitos dessa população foram criadas então posteriormente, como a política Nacional de Assistência Social de 2004 (PNAS), a qual expressa as deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social, que se coloca na perspectiva da materialização das diretrizes da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) de 2003, que teve alteração em 2005 no parágrafo único do art. 23 :“Na organização dos serviços da Assistência Social serão criados programas de amparo: II - às pessoas que vivem em situação de rua.” Essa alteração permitiu tornar como responsabilidade do poder público a tarefa de manter serviços e programas de atenção à população em situação de rua.

A Política Nacional Para a População de Rua e o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, instituídos em 2008, foram desenvolvidos a partir do I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, o qual teve participação do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), movimento formado por homens e mulheres em situação de rua ou em trajetória de rua, em busca do resgate da cidadania e da visibilidade dessa população.

Esse movimento surgiu em 2004, após a chacina na Praça da Sé, em São Paulo, onde diversas pessoas em situação de rua foram assassinadas, além de outros atos de violência que seguiram em outras partes no país. Com isso surgiu uma mobilização, consolidando parcerias em algumas cidades como Belo Horizonte, São Paulo e a realização de fóruns e palestras. (A.; C.; SILVA, 2012)

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (FEDERAL, 2008), estabelece como princípios:

“I - Promoção e garantia da cidadania e dos direitos humanos;  
II - Respeito à dignidade do ser humano, sujeito de direitos civis, políticos, sociais,  
econômicos e culturais;  
III - Direito ao usufruto, permanência, acolhida e inserção na cidade;  
IV - Não-discriminação por motivo de gênero, orientação sexual, origem étnica ou  
social, nacionalidade, atuação profissional, religião, faixa etária e situação migratória;  
V - Supressão de todo e qualquer ato violento e ação vexatória, inclusive os estigmas  
negativos e preconceitos sociais em relação à população em situação de rua.” (p.14)

E como diretrizes:

“I - Implementação de políticas públicas nas esferas federal, estadual e municipal,  
estruturando as políticas de saúde, educação, assistência social, habitação, geração de  
renda e emprego, cultura e o sistema de garantia e promoção de direitos, entre outras,  
de forma intersetorial e transversal garantindo a estruturação de rede de proteção às  
pessoas em situação de rua;  
II - Complementaridade entre as políticas do Estado e as ações públicas não estatais de  
iniciativa da sociedade civil;  
III - Garantia do desenvolvimento democrático e de políticas públicas integradas para  
promoção das igualdades sociais, de gênero e de raça;  
IV - Incentivo à organização política da população em situação de rua e à participação  
em instâncias de controle social na formulação, implementação, monitoramento e  
avaliação das políticas públicas, assegurando sua autonomia em relação ao Estado;  
V - Alocação de recursos nos Planos Plurianuais, Leis de Diretrizes Orçamentárias e  
Leis Orçamentárias Anuais para implementação das políticas públicas para a  
população em situação de rua;  
VI - Elaboração e divulgação de indicadores sociais, econômicos e culturais, sobre a  
população em situação de rua;

VII - Sensibilização pública sobre a importância de mudança de paradigmas culturais

concernentes aos direitos humanos, econômicos, sociais e culturais da população em

situação de rua;

VIII - Incentivo à formação e à capacitação de profissionais para atuação na rede de

proteção às pessoas em situação de rua; além da promoção de ações educativas

permanentes para a sociedade;

IX - Ação intersetorial para o desenvolvimento de três eixos centrais: a garantia dos

direitos; o resgate da auto-estima e a reorganização dos projetos de vida.“ (p.15)

Já o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, surgiu como um espaço de diálogos entre os representantes de diversos setores do Estado, além de propor o acompanhamento, monitoramento e elaboração de planos de ação e estratégias para a Política Nacional para a População em Situação de Rua.

Em 2013, foi criado o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua, o qual trouxe estratégias para o enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde, entre as estratégias estavam a implantação das equipes de Consultórios na Rua, tal programa, consiste no desenvolvimento de ações integrais de saúde com equipes multiprofissionais, frente às necessidades dessa população.

Em 2014, foram criados Os Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua, os quais oferecem serviços socioassistenciais e serviço especializado para pessoas em situação de rua. O centro POP volta-se, especificamente para o atendimento especializado a esse segmento e tem como papel central a identificação de pessoas em situação de rua, e a tomada de providências necessária para viabilizar sua inclusão na sociedade, a partir do cadastro único e dos programas sociais do governo federal.

Apesar de todo avanço quanto as políticas sociais voltadas para essa população, é nítido que ainda faltam muitas ações para reduzir as desigualdades no país, uma vez que o número de pessoas em situação de rua se mostra crescente e ao analisar as políticas que surgiram ao longo dos anos, percebemos a existência de rede de proteção, ainda que mínima, a qual pode ser considerada pouco efetiva, pois a maioria da população em situação de rua não é coberta pelos programas do governo.

O centro POP, que visa a inclusão dessa população na sociedade, deveria trazer projetos voltados a educação e atividades que criassem oportunidades de reintegração dessa população de maneira efetiva.

Entre os equipamentos sociais para adultos em situação de rua, existem os albergues, os quais oferecem além da pernoite, banho, janta e café da manhã aos seus usuários.(MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2015) Porém, os albergues existentes hoje, apresentam diversas falhas, como a falta de vagas e a violência instaurada nesses locais, que faz com que muitos prefiram estar nas ruas do que em albergues. Além disso, as próprias regras dentro dos albergues e de outros serviços de acolhimento, são um impedimento, pois muitas vezes não permitem pessoas com diagnóstico de transtorno mental ou que façam uso de drogas.

Pode-se dizer, que os albergues possuem uma característica paliativa, uma vez que se busca-se com esse equipamento social melhorar a situação das população de rua momentaneamente e por tempo determinado.

Atualmente, existem albergues públicos e de instituições que oferecem serviços voluntários e religiosos, mostrando como o assistencialismo ainda se mostra bastante atrelado as práticas que deveriam ser responsabilidade por parte do Estado. Além dos albergues existe também o Serviço de Acolhimento Institucional para adultos e família em situação de rua os quais são ofertados como “Abrigos institucional” e “Casa de passagem”.(MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2015)

O Abrigo institucional é semelhante uma residência e possui um limite máximo de 50 pessoas por unidade, já a Casa de passagem, possui o mesmo limite de pessoas e se caracteriza pela oferta de acolhimento imediato e emergencial que permite uma permanência máxima de noventa dias. Além disso, existem as Repúblicas, as quais atendem indivíduos em processo de saída das ruas e acolhem no máximo 10 pessoas, divididos em unidades para cada sexo. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2015)

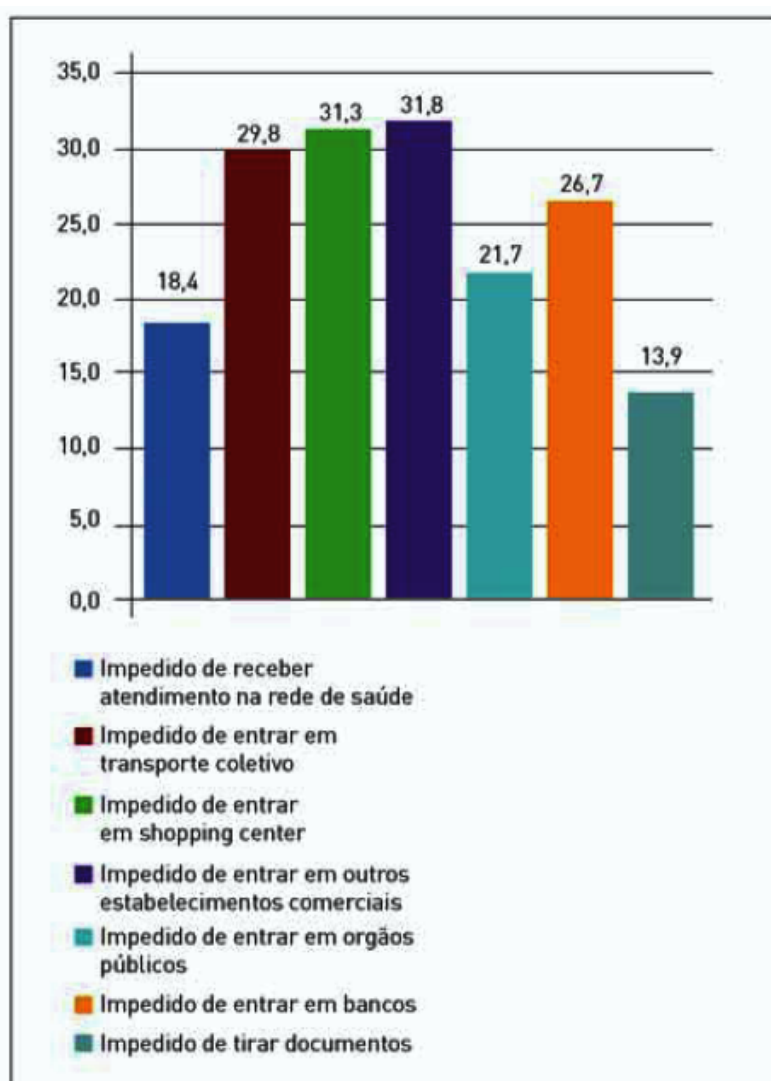
Segundo o Primeiro Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (2008), 46,5% dos entrevistados preferem utilizar a rua para dormir, enquanto 43,8% preferem dormir em albergues. Entre as razões apontadas para a preferência está a falta de liberdade nos albergues (44,3%), seguida do horário de entrada, saída e demais rotinas (27,1%) e por último, o fato de ser proibido o uso de álcool e outras drogas (21,4%). Os entrevistados também reclamaram a falta de vagas nos albergues como um grande empecilho.

O acesso aos serviços de saúde é um desafio a esse segmento, tanto pelos preconceitos sofridos na hora de ser atendido, como a falta de documentação necessária que dificulta o acesso aos serviços básicos garantidos. A identificação documental das

pessoas em situação de rua é de grande importância, pois são necessárias para que sejam cadastradas nos programas sociais do governo, hoje serviços como o Centro Pop podem ser utilizados como residência ao realizar cadastros.

Ainda sobre o Primeiro Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (2008), porcentagem significativa da população em situação de rua não possui documentos de identificação (24%). Dados também comprovam a discriminação ao tentar acessar serviços, ou até mesmo lugares públicos, como mostra o Gráfico 2 abaixo.

**Figura 2 – Gráfico 2: População em situação de rua segundo impedimento de entrar em locais e realizar atividades**



Rua: aprendendo a Contar: Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua.– Brasília, DF: MDS; Secretaria de Avaliação e. Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009

### 3 Mulheres em Situação de Rua: relações de gênero e saúde

De acordo com o Primeiro Censo da Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação De Rua (META – INSTITUTO DE PESQUISA DE OPINIÃO, 2008), as mulheres representam somente 18% da população em situação de rua. Não existem censos que determinem a idade dessas mulheres e são poucas as pesquisas que dão visibilidade a esse público.

De acordo com a autora Tiene (2004), em seu estudo com mulheres em situação de rua na cidade de Campinas (SP), os motivos mais relatados da causa de ida para na rua, foram: abusos sexuais, violência doméstica, ausência dos pais, perda do marido e problemas financeiros ou de saúde. Afirmou ainda, que apesar dos desconfortos, algumas mulheres enxergam a rua como uma possibilidade de independência em relação a pressão familiar e do isolamento cotidiano da vida doméstica, vendo a rua como um lugar de reconstrução.

Segundo a autora, muitas mulheres em situação de rua procuram companheiros em busca de proteção, porém grande parte dessas mulheres são submetidas a vários tipos de violência, entre eles a sexual. A construção de relações nas ruas para as mulheres é de muita importância para viver o seu cotidiano uma vez que estão dentro de um território de regras predominantemente masculinas.

Existem mulheres nas ruas que adquirem uma postura agressiva para buscar proteção. Porém a maioria depende de seus companheiros para se proteger e para se manter financeiramente. Tais companheiros cometem violência tanto física quanto moral, as quais são naturalizadas pelas próprias mulheres em situação de rua.

Foi observado por Tiene (2004), que a maioria das mulheres em situação de rua vivem em grupos, os quais as mesmas chamam de famílias, pois, assim como no lar:

“à mulher mantém o espaço com as características do ‘doméstico’ e assume as tarefas domésticas, enquanto os homens recuperam a sucata, cuidam de facas e de outras armas”(TIENE, 2004, p.124)

Segundo a autora Faleiros (2007), as diferentes formas de violência de gênero possuem relação com a sexualidade e o trabalho, que definem os lugares e o poder dos homens e das mulheres, se estruturando “social, cultural, economicamente e politicamente [...] correspondendo a cada sexo lugares, papéis, status e poderes desiguais na vida privada e na pública, na família, no trabalho e na política.” (FALEIROS, 2007, p.62)

Os homens também sentem as consequências da desigualdade de gênero, a qual é refletida nos grandes números de mortalidade masculina, segundo Barata (2009), em 2006 a diferença de esperanças de vida das mulheres comparada com a dos homens chegou a 7,5%. Isso decorre, segundo a autora, da “divisão sexual

do trabalho, da construção social e cultural do masculino e do feminino em nossa sociedade, bem como dos distintos modos de vida determinados pela inserção social dos indivíduos, mas modulados pela posição e pelas relações de gênero.” (BARATA, 2009, p.11)

A população em situação de rua carrega diversos tipos de estereótipos, os homens muitas vezes são tidos como “vagabundos e preguiçosos” e ameaçam mais a propriedade e a segurança. Já as mulheres parecem menos ameaçadoras, o que está vinculado com a imagem socialmente construída da mulher ser mais frágil e o homem mais forte (TIENE, 2004, p.41) . O homem em situação de rua, carrega a imagem de provedor o qual tem o dever de trabalhar, enquanto a mulher ocupa a condição histórica de submissa e dependente, ou seja, possui relação com os papéis socialmente atribuídos dentro do senso comum. (TIENE, 2004, p.42)

A violência conjugal, tanto nas ruas quanto em casa, apesar do avanço nas legislações é um problema social e de saúde pública que não deve ser mantido em segredo no mundo privado. Esse tipo de violência pode ocorrer em todas classes sociais, raças, idades, etnias e orientação sexual e seu motivo está enraizado com o poder patriarcal, o qual promove a desigualdade e a dominação do homem nas relações de gênero.

Somente a partir dos anos 90, a violência contra a mulher foi tratada além da área jurídica e policial, e passou a ser incorporada em três novos campos: os direitos humanos, a saúde e o desenvolvimento social. Estes campos possuíam conceitos e ferramentas que poderiam ser úteis no trabalho com a violência contra a mulher, tais como a linguagem dos direitos e a noção de prevenção. Logo, o surgimento de novas linguagens de expressão e possibilitaram tratar o tema como um problema também de saúde. (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 1999a)

A violência contra a mulher traz consequências para a saúde que vão além de traumas psicológicos advindos de agressões físicas, “a violência conjugal tem sido associada com o aumento de diversos problemas de saúde como baixo peso ao nascer, queixas ginecológicas, depressão e suicídio.” (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 1999b, p.8)

Segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (Organização Mundial da Saúde Genebra, 2002), as mulheres, muito mais que os homens, adoecem e morrem vítimas da violência masculina. Dados mostram que 25% das mortes de mulheres em idade fértil estão associadas à violência, sendo que mais de 60% delas foram cometidas por seus companheiros. Se olharmos ainda os dados do Mapa da Violência de 2015 na perspectiva de raça, vemos que os homicídios de mulheres negras no Brasil só têm aumentado em relação as mulheres brancas, em dez anos o índice de homicídios de mulheres negras sumiu 54%, enquanto o de mulheres brancas baixou 9%.



Não há dados referentes a violência sofrida pelas mulheres em situação de rua, e normalmente os casos mostrados em noticiários não possuem resolução por conta da falta de investigação, o que mostra o alto grau de invisibilidade dessas mulheres.

Apesar das novas políticas como a Lei Maria da Penha e dos novos serviços especializados como as Delegacias de defesa da mulher, existem ainda barreiras na proteção das mesmas. Denunciar a violência é um passo difícil para maioria das mulheres, o medo, o vínculo e a dependência do parceiro, são motivos que impedem a denúncia. Além disso, soma-se o fato de que muitas mulheres não conhecem os seus próprios direitos, e muitas vezes o próprio atendimento nas delegacias, com policiais despreparados, as fazem passar por uma segunda violência.

Segundo uma pesquisa realizada pelo Data Senado de 2013, 20,7% das mulheres que admitiram ter sofrido violência doméstica nunca procuraram a polícia. Outro acontecimento muito comum também, é a retirada da queixa pela mulher, nesses casos tanto a vítima como os próprios profissionais da delegacia não reconhecem a violência doméstica como uma ocorrência passível de criminalização.

A rua para essas mulheres que sofrem violência dentro de seus lares podem ser inclusive sua última opção, o que destaca as falhas das instituições especializadas para as mulheres em situação de violência doméstica.

Além da violência de gênero, de acordo com a Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua (2008), os problemas relacionados a saúde mais prevalentes entre essa população são: hipertensão (10,1%), problemas psiquiátricos / mental (6,1%), HIV/ aids (5,1%), e problemas de visão/cegueira (4,6%).

A vida na rua expõe as mulheres nessa situação a riscos que requerem abordagens específicas de profissionais da saúde. O alto grau de vulnerabilidade por estar na rua, se torna ainda maior pela sua condição de gênero, onde estão propensas a violências físicas, psicológicas, abusos sexuais, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não planejada e/ou indesejada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p.68). A maioria das gestações são dadas como de alto risco devido ao uso de drogas e outras doenças como anemia, sífilis gestacional, HIV e hepatite.

Portanto se torna emergente a realização do pré-natal, porém poucas realizam o mesmo, o que chama atenção a necessidade de articulação da rede de serviços com o apoio de outros setores e planejamento das ações conjuntas, tais como: captação precoce, agendamento do pré-natal de alto risco com brevidade; parceria com os equipamentos de assistência social; articulação com o conselho tutelar, caso necessário; acompanhamento de integrantes da equipe nas consultas obstétricas de alto risco, quando necessário. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

Segundo pesquisa realizada em Nova Iorque com mulheres em situação de rua,

as mulheres que estavam grávidas, viam a gravidez como um motivo para a interrupção de álcool e outras drogas. (BLAY; SCAPPATICCI, 2010). A pesquisa também ressalta que a interação entre mãe e filho pode ser problemática em abrigos, onde se tem pouca privacidade, o que chama atenção para falta de sistemas de apoio adequados para a maternidade.

Segundo Tiene (2004), das mulheres entrevistadas em seu estudo, grande parte são mães e poucas ainda mantêm contato com seus filhos. Muitas relataram terem seus filhos levados por órgãos do governo, Tiene (2004) destaca a questão polêmica da separação de mães e filhos pois embora não se tenha dúvidas que a rua não é um ambiente para uma criança, as políticas de Estado se mantem aquém das necessidades maternas.

A escassez de qualidade de atendimento a esse público, somado com a presença do racismo institucional, se mostrou bastante claro em Belo Horizonte, em que a Portaria 3/2016, obriga as maternidades a acionar a Vara Cível da Infância e da Juventude, no prazo de 48 horas, contadas a partir do nascimento do bebê, quando houver evidências ou constatação de que a mãe é usuária de drogas e/ou tem trajetória de rua, levando dessa forma os bebês ainda no hospital.

“De acordo com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), 428 bebês até 1 ano de idade foram abrigados em Belo Horizonte desde 2014, quando as recomendações do MP foram publicadas. De 2013 a 2014, a quantidade de acolhidos saltou de 130 para 174, número recorde desde 2012.” (MACIEL, 2017)

Essa medida vai contra ao recomendado pelo Ministério da Saúde, que destaca a importância da mãe e o bebê ficarem juntos nas primeiras 24 horas após o parto, baseado no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e na orientação da Organização Mundial da Saúde. Essa violência obstétrica cometida, somada a falta de apoio às mães em situação de rua resulta portanto no aumento de crianças em instituições de abrigo.

Frente a esses casos de decisões precipitadas de afastamento de crianças recém nascidas de suas mães, sem estudo prévio, o Ministério da Saúde, juntamente do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome em 2016 apresentaram um documento composto por diretrizes e fluxograma com possibilidades de atenção às mulheres em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos(as) recém-nascidos.

Esse documento que faz referência a Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), destaca o direito da criança a da convivência familiar. Além disso, segundo o ECA:

“Art. 23. A falta ou a carência de recursos materiais não constitui motivo suficiente para a perda ou a suspensão do poder familiar.  
§ 1º Não existindo outro motivo que por si só autorize a decretação da medida, a criança ou o adolescente será mantido em sua família de origem, a qual deverá obrigatoriamente ser incluída em serviços e programas oficiais de proteção, apoio e promoção.”

Além disso, há relatos de casos de mulheres em situação de rua que sofreram esterilização compulsória após o nascimento de seus bebês, tendo seus direitos de escolha sobre o próprio corpo feridos.

Segundo um estudo realizado, com mulheres em situação de rua na cidade de Santos (SP), apesar das mulheres não desejarem a gravidez, a maioria relatou não utilizar preservativos ou algum outro método contraceptivo, devido ao difícil acesso aos serviços de saúde e a métodos contraceptivos, tornando a gravidez uma possibilidade cotidiana em suas vidas. (S.; COSTA, 2015).

Além disso, constatou-se um vínculo protetor, com diferentes variações:

“algumas buscam instituições e pessoas que possam criar seu filho com melhores condições; outras dizem que, independentemente de sua situação atual, desejam ficar com seu filho e criá-lo; outras ainda não demonstram vínculo, o que leva ao abandono da criança. Esses diferentes tipos de vínculos podem ser entendidos de acordo com as relações que a mulher vivenciou, a relação que possui com sua família e com filhos anteriores, e a perspectiva que tem de vida e de futuro.”(S.; COSTA, 2015, p.8)

Ainda assim, nas falas das mulheres do estudo de S. e Costa (2015) o cuidar do filho que vai nascer ou já nasceu, é um fator motivador para seguirem em frente. Muitas fazem planos, de sair das ruas e juntamente de seus companheiros construir uma nova vida, no entanto tais desejos parecem não sair do imaginário.

Essa dificuldade de idealização e realização de mudanças possuem relação para os autores com a falta de rotina da vida dessas mulheres e também com as políticas e os serviços a população em situação de rua, que apesar dos avanços, ainda guardam traços filantrópicos e de caráter imediatista, além da constante violação de direitos que são submetidas. (S.; COSTA, 2015)

De acordo com Blay e SCAPPATICCI (2010), mulheres mães em situação de rua apresentaram grande taxa de depressão, o que tem relação com uma variedade de problemas, entre eles sua vulnerabilidade e falta de apoio, tanto de familiares quanto institucional. Principalmente no pós-parto, as mulheres podem ter comportamentos alterados e estarem psiquicamente/emocionalmente perturbadas, o que é muito preocupante no caso das mulheres em situação de rua ou que vivem em abrigos.

A incerteza de não saber se poderá ou não sair com seu bebê do serviço de saúde devido a falta de residência gera muitos casos de depressão pós-parto. (SOUSA et al., 2016)

Outros tipos de transtornos mentais também podem se manifestar entre mulheres em situação de rua, o que se torna um desafio para os profissionais de Saúde, que muitas vezes não possuem qualificação para esse público. De acordo com, Sousa et al. (2016), os distúrbios mentais de maior gravidade são associados ao ingresso a situação de rua, o que leva a uma exacerbação dos sintomas, assim como um acúmulo de vários outros distúrbios, ou seja, as condições de vida na rua podem tanto gerar como agravar transtornos mentais. (Lovisi, 2000, Sousa et al., 2016, p.28)

Vale destaca que existem hoje serviços como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que foram resultado da luta pela Reforma Psiquiátrica. O primeiro CAPS no Brasil, surgiu em São Paulo em 1987, e passou a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país, com a ideia de um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, para tratamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e persistentes e demais.

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos, além de organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

O uso de drogas é um problema constante entre pessoas em situação de rua e também desencadeia transtornos mentais, seu uso pode ter diversos motivos como fuga da realidade, socialização, e as vezes as drogas podem ser o motivo que leva a viver na rua. O aumento do uso de drogas se tornou atualmente um problema de saúde pública devido a questões de saúde da população e pelo aumento da violência.

Segundo relatos das mulheres em situação de rua entrevistadas por Tiene (2004) o uso de drogas poder ser considerado como uma maneira de fugir da realidade de diárias opressões, o que acaba as levando ao desenvolvimento da autodestruição. Algumas, principalmente as mais jovens acabam se envolvendo com o tráfico de drogas.

Para S. e Costa (2015), interromper o uso de drogas é um ato difícil, tanto pelo vício quanto pelo próprio ambiente em que vivem as mulheres em situação de rua. As drogas minimizam os problemas do cotidiano, como o frio, fome, dor, desconforto e humilhação. Ser mulher, negra em sua maioria, em situação de rua e usuária drogas é sofrer com a exclusão, a violência, inclusive institucional, e o preconceito diário.

Historicamente, o Brasil associou o tema do uso do álcool e de outras drogas à criminalidade e práticas antissociais, ofertando tratamentos inspirados em modelos

de exclusão/separação dos usuários do convívio social. Somente nos anos 2000, as políticas públicas de drogas passaram a aderir ao enfoque da redução de danos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Por mais que o discurso proibicionista seja ainda muito presente, a atenção à saúde passou a se tornar cada vez mais relevante, ainda que persistam as contradições iminentes de uma estrutura político-organizacional militarizada para o enfrentamento das questões relacionadas às drogas. (ALVES, 2009)

O SUS, somente em 2003, com a formulação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, passou a ter a responsabilidade de garantir atenção especializada aos usuários de álcool e outras drogas, até então contemplada predominantemente por instituições não governamentais de caráter religioso e assistencialistas. Um passo muito importante para mudar a visão proibicionista e de que o uso de drogas é um assunto somente policial, sendo na verdade uma questão de saúde. (ALVES, 2009)

A criação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), estavam dentro das diretrizes da nova política, esses centros desempenham um papel estratégico de ordenamento da rede em seu território de atuação, promovendo a articulação necessária entre os mais variados dispositivos comunitários sociais e de saúde para a integralidade da atenção e inclusão social de usuários e familiares acompanhados. (ALVES, 2009)

“Os CAPSad, especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenários epidemiológicos importantes, necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês. A equipe mínima prevista para os CAPSad é composta por 13 profissionais de nível médio e superior.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.30)

De acordo com um estudo no CAPSad do município de Fortaleza (CE), as mulheres usuárias desse serviço possuem necessidades que não são percebidas pelos serviços especializados, os quais estão relacionados com sua condição reprodutiva, atenção às crianças, impacto da violência física e sexual vivenciada e tabus sociais. (LIMA et al., 2011). À vista disso, conclui-se que existem elementos sociais que concorreram para a vulnerabilidade dessas mulheres que as levaram ao uso de drogas.

O processo de adoecimento da mulher em situação de rua engloba assuntos ligados a questões de gênero, o que chama a atenção a importância da intersectorialidade dos programas. A capacitação dos profissionais que atuam nos programas

também é de grande necessidade, já que as mulheres em situação de rua trazem demandas específicas as quais desafiam as políticas de saúde.

Ao procurar os serviços de saúde, as mulheres em situação de rua lidam com entraves que dificultam e até mesmo anulam sua assistência médica. Além da estrutura dos serviços que carecem de melhorias e da burocracia como a necessidade de documentos, a dinâmica de atendimento dos profissionais a esse público, traz a reprodução de preconceitos e estigmas, socialmente construídos, resultando na rejeição ao atendimento.

### **3.1 Histórico das Políticas de Atenção à Saúde das Mulheres**

As políticas de atenção à saúde das mulheres tiveram evoluções ao longo dos anos, sendo incorporadas às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX. Inicialmente essas políticas traziam uma visão restrita e reducionista, em que colocava a mulher no papel social de mãe e doméstica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), em que os programas enalteciam as ações materno infantis e possuíam um caráter verticalizado, em que não havia integração com os demais programas do governo.

Os programas de saúde da mulher sofreram diversas críticas do movimento feminista, principalmente ao fato de que reduziam as mulheres apenas ao momento de gestação e parto. O movimento expôs as desigualdades nas relações de gênero e os problemas relacionados a sexualidade. Ambos problemas se traduziam também em problemas de saúde que afetavam principalmente a população feminina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Na década de 60, o tema do planejamento familiar era pouco tratado pelo Ministério da Saúde, ficando sob a responsabilidade de entidades da sociedade civil, as quais possuíam um cunho bastante controlador, como foi o caso da Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMEC). A BEMFAM, criada em 1965, foi responsável pela criação de clínicas de atendimento e distribuição de anticoncepcionais para pobres, em diversos estados. “A distribuição de métodos contraceptivos sem critérios e sem o monitoramento clínico constituiu uma situação de risco, ainda hoje não dimensionado, para a saúde das mulheres atendidas pela BEMFAM “ (COSTA, 2009, p.3)

O CPAIMEC, financiado pela Agency for International Development (AID), através da Family Planning International Assistance (FPIA), Pathfinder Foundation e outras, utilizou de uma estratégia, a qual foi responsável por consolidar a ideologia contraceptiva intervencionista no meio médico. Para tanto, financiou treinamentos de profissionais vinculados a área da saúde, os quais atuavam na realização de esterilização cirúrgica

via laparoscopia. (COSTA, 2009)

A presença da Igreja também se fez presente nesse debate de controle da fecundidade, com seu conjunto de razões de ordem moral e religiosa, o método aceito no final dos anos 70, denominado como natural, era o da abstinência periódica, após consolidado com o Concílio de Trento.

Durante a ditadura militar, outro o discurso bastante presente, era de que as numerosas famílias de pessoas de baixa renda poderiam ameaçar a segurança pública. Discurso de cunho racista, considerando que a maior parte da população pobre era negra, o que gerou revolta de diversos movimentos sociais. Nesse mesmo momento, os ideais feministas estavam começando a surgir no Brasil, ainda que de maneira frágil, começaram a questionar e a desconstruir os argumentos em cena, reivindicando os direitos da autonomia das mulheres na escolha dos seus destinos relacionados à procriação, além de críticas as instituições que estavam atuando no controle demográfico. (COSTA, 2009, p.4)

Em meio a esse contexto, um novo cenário passou a surgir no início da década de 80, o movimento feminista interveio no debate nacional sobre planejamento familiar, nesse período houve contribuições em relação às condições de reprodução biológica e social, estando em afinidade também com a reflexão produzida por outros atores políticos: o movimento sanitarista, a comunidade demográfica e os cientistas sociais. (CORREA, 1993, p.3)

O movimento sanitarista, que nasceu no contexto da luta contra a ditadura, consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em que representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil, o que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Assembleia Nacional Constituinte em 1988. (SOUSA, 2014)

Após ser promulgada a Constituição Federal de 1988, ficaram estabelecidos como princípios do SUS (BRASIL, 1990):

I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.“

Dentro de tais princípios, a concepção de saúde passou a ser ampliada, como afirma Nogueira e Mito (2009), a doença e a saúde passaram a ser vistas como situações dinâmicas, reconhecendo a “influência da cultura, das relações sociais e econômicas, das condições de vida e existência nos processos de saúde-doença, altera-se o objeto do conhecimento e a sua abordagem” (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p.11)

Ou seja, a saúde é produto e parte do estilo de vida e das condições de existência, por isso a importância do atendimento das necessidades humanas elementares, como a alimentação, a habitação, o acesso à água potável saudável, aos cuidados primários de saúde e à educação. (NOGUEIRA; MIOTO, 2009)

Desse modo, a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pelo Ministério da Saúde, significou um novo ciclo, que assim como a conquista do direito à saúde, foi fruto da luta social, trazendo perspectivas de uma política emancipatória com a concepção de integralidade, que também faz parte dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Na proposta do PAISM, a integralidade busca abordar a saúde da mulher em todos os ciclos da vida, e não apenas do período da gravidez. (SOUTO, 2008, p.171). Além de significar o desenvolvimento de práticas educativas nos serviços de saúde na perspectiva de autonomia das mulheres.

A questão do livre-arbítrio dentro da esfera reprodutiva esteve presente na perspectiva crítica criada pelas feministas, uma vez que as decisões sobre o próprio corpo implicam na autonomia da mulher sobre sua liberdade, e, portanto, sobre a sua condição cidadã. (SOUTO, 2008, p.167). Dessa forma, o enfoque de gênero passou a



ter visibilidade com a inclusão de direitos sexuais e reprodutivos na assistência integral à saúde da mulher em todos os ciclos da sua vida.

Lembrando que gênero possui um significado que vai além de ser sinônimo de mulher, pois é uma categoria capaz de explicar as representações sociais de masculino e feminino nas práticas sociais. De acordo com Scott (1995), o estudo do gênero faz parte de uma categoria relacional de análise, pois é um elemento constitutivo das relações sociais, as quais são baseadas nas diferenças entre os sexos. Esse conceito supera a ideia biologistica e ao ser considerado nas políticas de saúde, orienta a reconhecer as diferenças e as desigualdades de gênero que se manifestam nos processos de adoecimento.

Para a autora Rita Barradas Barata, o Movimento Feminista foi o responsável por introduzir gênero nas discussões de saúde, “uma das preocupações do movimento foi debater as diferenças observadas na inserção e nos papéis sociais de homens e mulheres nas sociedades capitalistas do Ocidente.” (BARATA, 2009)

Na área da saúde o conceito de gênero hoje é utilizado para marcar características próprias dos sujeitos e para estabelecer contraste entre masculino e feminino, mas principalmente para determinar o efeito entre as relações de gênero e a repercussão para o estado de saúde e acesso dos serviços de saúde. (BARATA, 2009)

A autora a destaca a importância de analisar as desigualdades entre homens e mulheres a partir de uma dupla determinação: as relações de gênero e as peculiaridades do sexo biológico. Porém muitas vezes o gênero é utilizado como sinônimo de sexo além de ser utilizado dentro das políticas sempre a se referir a saúde reprodutiva da mulher.

A implementação do PAISM encontrou diversas dificuldades, o que levou em 2001 a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), o qual estabeleceu aos municípios “a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.14)

Novamente as ações voltadas ao campo de saúde reprodutiva foram privilegiadas, embora a imagem-objeto de atenção integral a saúde da mulher tenha se mantido, a priorização do tema de saúde reprodutiva criou dificuldades na atuação sobre outras áreas estratégicas do ponto de vista da agenda ampla da saúde da mulher, essa perspectiva de atuação comprometeu a transversalidade de gênero e raça, além da atenção ao climatério e à adolescência. Apesar disso, o tema violência sexual esteve presente, representando então uma ruptura com as ações verticalizadas.

De acordo com Souto (2008) , em meio ao cenário de participação social de 2003, a formulação das políticas públicas trouxeram como diretrizes a integralidade e a

intersetorialidade. O Ministério da Saúde incluiu então, novas ações em perspectiva de inclusão da diversidade da condição feminina, trazendo em foco as mulheres rurais, lésbicas, negras, portadoras de deficiências, entre outras. Isso foi de grande importância no sentido de que passou a reconhecer a desigualdade de gênero, de raça/etnia e classe social como determinantes sociais de adoecimento. (SOUTO, 2008, p.172)

Em 2004, com diferentes parcerias o Ministério da Saúde formulou e propôs a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Mulheres (PNAISM):

“com o objetivo de consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e direitos reprodutivos com a preocupação em aperfeiçoar a atenção obstétrica e o acesso ao planejamento familiar; melhorar a atenção nas intercorrências obstétricas e à violência doméstica e sexual; reduzir a morbimortalidade por causas previsíveis e evitáveis, a prevenção e o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis incluindo o HIV/Aids; o câncer de mama e de colo de útero e o tratamento das doenças crônicas não transmissíveis.” (SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2013)

Infelizmente as iniciativas dos governos federais não apontaram para uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas que garantiriam os pressupostos da reforma sanitária (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p.20). Ao analisar o contexto histórico sente-se a falta de grandes avanços, que devido a fatores sociais e econômicos impediram a evolução das políticas voltadas a esse público.

### **3.2 Análise das Políticas de Atenção a Saúde das Mulheres**

Para a realização da análise das políticas de atenção à saúde da mulher, listei as principais políticas após a criação da Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM), a qual por meio da medida provisória nº 103 de 2003, foi firmada como um importante órgão para a defesa dos direitos das mulheres.

Segundo o Regimento Interno, é natureza e competência da SPM:

- “I - assessoramento direto e imediato à Presidência da República na formulação, coordenação e articulação de políticas para as mulheres;
- II - elaboração e implementação de campanhas educativas e antidiscriminatórias de caráter nacional;
- III – planejamento da incorporação da perspectiva de gênero na ação do Poder Executivo federal e demais esferas públicas, para a promoção da igualdade de gêneros;
- IV - promoção e execução de programas de cooperação com organismos nacionais e internacionais, públicos e privados, voltados à implementação de políticas para as mulheres;
- V - acompanhamento da implementação de legislação de ação afirmativa e definição de ações para o cumprimento de acordos, convenções

e planos de ação sobre a promoção da igualdade entre mulheres e homens e do combate à discriminação; e

VI – Execução e monitoramento do Programa Mulher: Viver sem Violência.

Parágrafo único. Compete ainda à Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República a coordenação, implementação, monitoramento e avaliação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres em todo o território nacional.“ (p.1)

**Tabela 2 – Principais Políticas após a criação da Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM)**

nº	Política	Ano
1	I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres	2004-2007
2	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	2004
3	Pacto Nacional pela Redução da mortalidade Materna e Neonatal	2004
4	Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos	2005
5	Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da AIDS e outras DST'S	2007
6	II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres	2008-2011
7	Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual: matriz pedagógica para formação de redes	2009
8	Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco	2010
9	Rede Cegonha	2011
10	III Plano Nacional de Políticas para as Mulheres	2013-2015
11	Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal	2017

Fonte: autoria própria

Ao analisar as políticas de atenção a saúde das mulheres, percebe-se uma lenta evolução, embora mudanç as como a ruptura de ações verticalizadas do passado e a incorporação de novos temas tenham ocorrido. No âmbito da proteção a saúde da mulher em situação de rua é ainda mais grave, uma vez que suas especificidades são citadas diretamente apenas no II e III Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.

Desse modo, a partir da análise foi possível chegar a duas evidências, as quais: em primeiro lugar, se refere ao silêncio das políticas de atenção à saúde da mulher quanto a proteção das mulheres em situação de rua; e em segundo lugar, a existência de um conjunto de legislações que impedem o acesso das mulheres em situação de rua principalmente ao acesso de serviços de saúde de média e alta complexidade.

Embora muitas políticas destaquem a importância do atendimento integral a mulher, considerando todas suas especificidades, a mulher em situação de rua é somente incluída dentro das prioridades de uma política, em 2008, no II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, no que se refere a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, porém sem ações que fossem de fato efetivas da garantia desses direitos.

No III Plano Nacional de Políticas para as Mulheres de 2013, percebe-se um avanço com a incorporação das mulheres em situação de rua em linhas concretas de ação, entre as quais se destacam:

“Ampliação do acesso à atenção básica de saúde para mulheres em situação de rua por meio da implantação de equipes de consultórios de rua.” (p.33)

“Incorporação dos princípios da política nacional de atenção integral à saúde da mulher nas diferentes políticas e ações implementadas pelo Ministério da Saúde, promovendo e ampliando a atenção integral à saúde das mulheres em todas suas especificidades, em especial: negras, indígenas, quilombolas, lésbicas, bissexuais, transexuais, em situação de prisão, do campo e da floresta, com deficiência, em situação de rua, com sofrimento psíquico, e os diferentes ciclos da vida da mulher, com ênfase nos processos de climatério e envelhecimento.” (p.34)

“Ampliar acesso ao atendimento clínico-ginecológico de qualidade às mulheres em situação de rua, capacitando profissionais de saúde para atender as especificidades das doenças e agravos mais frequentes nesta população.” (p.35)

“Ampliar o acesso das mulheres em situação de rua à rede de atenção e ofertar, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde, por meio das equipes de Consultórios na Rua e serviços da Atenção Básica.” (p.40)

“Ofertar o “Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua” que busca instrumentalizar os profissionais de saúde da Atenção Básica, na perspectiva da promoção do cuidado à população em situação de rua, no cotidiano da sua prática profissional, para a ampliação e construção de novas formas de atuação frente aos problemas de saúde dessa população.” (p.40)

“Apoiar e divulgar estudos e pesquisas sobre a saúde da mulher, sobretudo da população em situação de rua e de povos ciganos.” (p.98) (SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2013)

Diante disso, percebe-se que o plano traz a ampliação de importantes pontos como as equipes de consultório da rua, o acesso à redes de atenção básica e atendimento clínico-ginecológico. Porém, o acesso a serviços que demandam maior complexidade continua a não ser incluído.

A ampliação das equipes de consultório da rua, é de muita importância, uma vez que a descentralização dos atendimentos em saúde para as mulheres em situação de rua é necessária, assim como a articulação de uma rede de cuidado, pois, o próprio sistema de saúde dificulta o acesso dessa população devido a questões como o preconceito dos profissionais e também problemas com documentações, falta de acesso ao cartão Único de Saúde, falta de endereço fixo de residência e a falta de conexão entre a saúde e a assistência social.

Destarte, pensar na ampliação desses direitos é de muita importância, porém, ainda faltam políticas que incluam de fato e atenda as especificidades da mulher em situação de rua.

O III Plano Nacional de políticas para as mulheres destaca o acesso ao atendimento clínico ginecológico, o que é importante tendo em vista que muitas mulheres em situação de rua não possuem acesso ao mesmo e necessitam tanto para o tratamento de doenças como também para prevenção, além de identificar mulheres em situação de rua que possam estar grávidas e encaminha-las para o pré-natal e para acompanhamento social e familiar.

A política não cita o cuidado com gestantes em situação de rua, que é algo de muita necessidade, uma vez que estão em grande vulnerabilidade e que os serviços convencionais dificultam seu acesso.

A preocupação com a capacitação e sensibilização de profissionais frente a esse público também foi um ponto importante dentro das linhas de ações, porém tais recomendações não surtiram tanto efeito, como foi visto no capítulo anterior desse estudo. A violação constante dos direitos, principalmente dentro das maternidades é algo presente e que precisa ser debatido.

Atualmente os documentos mais importantes que guiam sobre o tratamento das mulheres em situação de rua, são o Manual sobre o cuidado junto a população em situação de rua, criado em 2012 pelo Ministério da Saúde, que busca sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde, e a Nota Técnica Conjunta nº001, criada pelo Ministério da Saúde juntamente do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome em 2016, onde apresentam diretrizes para atenção às mulheres em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos(as) recém-nascidos.

Tais documentos foram criados diante da emergência de uma melhora da atuação dos profissionais da saúde, ao lidar com esse público, porém possuem pouco peso jurídico, uma vez que tanto a população em situação de rua, como as mulheres nessa situação não estão dentro das prioridades de proteção do Estado, embora façam parte de uma população de grande vulnerabilidade.

A Nota Técnica de 2016, destaca os serviços de acolhimento que existem hoje,

como a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha, a qual acolhe e visa um conjunto de ações e serviços que abrange a atenção à gestante de alto risco, ao recém-nascido de risco e à puérpera de risco e em situação de vulnerabilidade.

Tai Casas acolhem as mães e seus bebês até o período de aleitamento, geralmente no período máximo de dois anos. Ao realizar pesquisas percebe-se que é um serviço novo e hoje existem poucas casas, tornando emergente a necessidade de ampliação dessas Casas e também dos Serviços de Acolhimento Institucional para Adultos e Família, porém vale destacar que muitos dos serviços de acolhimento não aceitam mulheres com diagnóstico de transtorno mental ou drogadição.

Outro assunto o qual não foi abordado dentro da política, é a violência contra a mulher em situação de rua, a qual segundo o presente estudo é bastante frequente e deve ser debatido dentro das políticas públicas de saúde, uma vez que é necessário que os profissionais identifiquem essas violências e prestem atendimento humanizado em tais situações.

## 4 Considerações finais

A população em situação de rua, conforme a definição da Secretaria Nacional de Assistência Social, se caracteriza por ser um grupo populacional heterogêneo, com diferentes histórias de vida, mas que possuem em comum a condição de pobreza. Para Silva (2006), esse fenômeno possui vinculação com a formação de uma superpopulação relativa no processo de acumulação do capital e faz parte de uma expressão radical da questão social.

As mulheres em situação de rua, as quais são minoria nesse ambiente, apresentam o mesmo perfil heterogêneo, e seus motivos para estarem em tal condição são diversos. Segundo Tiene (2004) os motivos mais relatados, se referem a abusos sexuais, violência doméstica, ausência dos pais, perda do marido e problemas financeiros ou de saúde.

A violência na vida da mulher em situação de rua, é algo presente constantemente, seja ela institucional ou por seus parceiros, essa violência é acentuada devido a sua situação de vulnerabilidade. A violência até mesmo pode ser o motivo que as trouxeram para as ruas, com esperanças de serem livres, porém a rua logo se mostra um reflexo da nossa sociedade patriarcal.

A violência de gênero é um fenômeno social, produzida e reproduzida dentro das relações de poder, que as utiliza como um mecanismo para mantê-las. Segundo Scott (1995) “o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder” (p.86).

Nas ruas as relações de gênero não são diferentes e continuam a se reproduzir. As mulheres em situação de rua “se tornam também vulneráveis às circunstâncias concernentes à sua condição de gênero, como violências físicas, psicológicas, abuso sexual, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não planejada e/ou indesejada”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p.68)

A partir da análise das políticas de saúde das mulheres e da revisão bibliográfica, foi possível confirmar a hipótese de que essa população sofre com a invisibilidade dentro das políticas e dentro da sociedade como um todo. Seus processos de adoecimento estão estritamente ligados a questões de gênero, e portanto, a atenção às suas especificidades é algo de extrema necessidade.

São raras as políticas que as mulheres em situação de rua são mencionadas e as barreiras encontradas nas legislações impedem o acesso a políticas que deveriam ser um direito dessa população. Os relatos de mulheres que tiveram seus direitos feridos ao procurar os serviços de saúde é algo bastante recorrente, durante as pesquisas realizadas foi possível encontrar em sites midiáticos diversas matérias que

confirma esse fato.

O/a Assistente Social possui uma função importante quanto a busca de garantia de direito dessas mulheres, a vinculação da assistência social e da saúde é muito importante para uma ação de fato efetiva, porém existem diversos impedimentos expressos nas políticas públicas.

A luta do Movimento Feminista e do Movimento Nacional da População de Rua é de muita necessidade para dar voz e reivindicar transformações. Existe ainda um longo caminho a ser percorrido pelas políticas públicas, embora seja possível reconhecer avanços tanto ao segmento da População em Situação de rua, como para o reconhecimento das questões de gênero.

A falta de pesquisas sobre as mulheres em situação de rua é algo que as inviabiliza ainda mais, desse modo, busca-se com esse estudo trazer a visibilidade dessa população e abrir a discussão acerca da desproteção geradas pelas políticas de saúde a esse segmento.



## Referências

- A.; C.; SILVA, R. População em situação de rua: desafios, avanços legais e possibilidades. *Etic - encontro de iniciação científica*, v. 8, n. 8, p. 1 – 19, Janeiro 2012. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/etic/article/viewarticle/3688>>. Acesso em: 20/09/2017.
- ABREU, P. A.; REIS, C. N.; PRATES, J. C. A metodologia de pesquisa para populações de rua e as alternativas de enfrentamento pelo Poder Público Municipal. *Revista Serviço Social e Sociedade*, Cortez, São Paulo, n. 64, 2000.
- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, Novembro 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002>>. Acesso em: 05/09/2017.
- BARATA, R. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação? *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, p. 73 – 94, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/48z26/pdf/barata-9788575413913-06.pdf>>. Acesso em: 20/08/2017.
- BLAY, S. L.; SCAPPATICCI, A. L. S. S. Mães adolescentes em situação de rua: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de psiquiatria do rio grande do sul*, v. 31, n. 1, p. 3 – 15, Janeiro 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0101-81082010000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0101-81082010000100002)>. Acesso em: 03/08/2017.
- BRASIL. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. 1990. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.html>>.
- CASTEL, R. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à desfiliação. *Caderno CRH: democracia, cidadania e pobreza*, Salvador, n. 26/27, p. 19 – 40, Janeiro/Dezembro 1997.
- CORREA, S. Paism: uma história sem fim. *Revista brasileira de estudos populacionais*, Campinas, p. 3 – 12, Janeiro 1993. Disponível em: <[https://www.rebep.org.br/revista/article/viewfile/488/pdf\\_463](https://www.rebep.org.br/revista/article/viewfile/488/pdf_463)>. Acesso em: 29/08/2017.
- COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1073 – 1083, Agosto 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1413-81232009000400014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-81232009000400014)>. Acesso em: 16/08/2107.
- COSTA, A. P. M. População em situação de rua: contextualização e caracterização. *Revista virtual textos & contextos*, Porto Alegre, v. 4, p. 1 – 15, Dezembro 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/993>>. Acesso em: 16/09/2017.
- FALEIROS, E. Violência de gênero. *Violência Contra A Mulher Adolescente/Jovem*, UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, Rio de Janeiro, p. 61 – 66, 2007.

FEDERAL, G. Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua. Brasília, 2008. Disponível em: <[http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao\\_civel/acoes\\_afirmativas/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf)>.

GOVERNO FEDERAL. *Política Nacional da População em Situação de Rua*. Brasília, 2008. Disponível em: <[http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao\\_civel/acoes\\_afirmativas/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf)>.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Estimativa de População em Situação de Rua no Brasil. 2016. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td\\_2246.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td_2246.pdf)>.

JOSEMIN, G. C. Entendimento Interpretativo em Pesquisa Qualitativa sobre Sistemas de Informação. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/ADI1539.pdf>>.

LIMA, H. de P. et al. CARACTERIZAÇÃO DE DROGADITAS ATENDIDAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – ESTUDO DOCUMENTAL. Fortaleza, v. 2, n. 10, Abril/Agosto 2011. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/3257/966>>. Acesso em: 15/08/2017.

MACIEL, A. “Tive que entregar meu filho para uma desconhecida”. *A Publica*, 2017. Disponível em: <<https://apublica.org/2017/07/tive-que-entregar-meu-filho-para-uma-desconhecida/>>.

MARX, K. *O Capital*: crítica da economia política. 2. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2017.

META – INSTITUTO DE PESQUISA DE OPINIÃO. Primeiro Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. 2008. Disponível em: <<https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/PainelPEI/Publicacoes/C13n104-PRIMEIROCENSOEPESQUISANACIONALSOBREAPOPULACAOEMSITUACAODERUA.pdf>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual sobre o cuidado junto a população em situação de rua*. Brasília, 2012. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_cuidado\\_populacao\\_rua.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf)>.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. Serviço de Acolhimento para Adultos e Famílias. 2015. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento/unidades-de-acolhimento/servico-de-acolhimento-para-adultos-e-familias>>.

NETTO, J. P. Serviço social: direitos sociais e competências profissionais: Introdução ao método da teoria social. 2009.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Serviço social e saúde – desafios intelectuais e operativos. *Revista ser social*, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221 – 243, Julho/Dezembro 2009. Disponível em: <[http://periodicos.unb.br/index.php/ser\\_social/article/view/374](http://periodicos.unb.br/index.php/ser_social/article/view/374)>. Acesso em: 06/08/2017.

Organização Mundial da Saúde Genebra. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. 2002. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>.

PEREIRA, B. de P. De escravas a empregadas domésticas - A dimensão social e o “lugar” das mulheres negras no pós- abolição. *Anais eletrônicos do XXVI Simpósio Nacional de História*, São Paulo, Julho 2011. Disponível em: <[www.snh2011.anpuh.org](http://www.snh2011.anpuh.org)>. Acesso em: 02/11/2017.

S.; COSTA, L. da. Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. São Paulo, v. 24, n. 3, p. 1089 – 1102, Julho/Setembro 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902015000301089](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000301089)>. Acesso em: 13/08/2017.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. *Interface (Botucatu)*, São Paulo, v. 3, n. 5, Agosto 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32831999000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831999000200003)>.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. *Interface \_ Comunicação, Saúde, Educação*, v. 3, n. 5, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v3n5/03.pdf>>.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71 – 99, Julho/Dezembro 1995.

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. III Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. 2013. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/publicacoes/pnpm-2013-2015-em-22ago13.pdf>>.

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. 2013. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/publicacoes/pnpm-2013-2015-em-22ago13.pdf>>.

SILVA, M. L. L. D. *Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005*. 2006. Dissertação (Política Social) — Universidade de Brasília, Brasília, Brasília. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/1763>>. Acesso em: 15/08/2017.

SOUSA, A. A. F. de et al. *Saúde Mental das pessoas em situação de rua*. São Paulo: Epidauros Medicina e Arte, 2016.

SOUSA, M. F. de. A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. *Tempus, actas de saúde coletiva*, Brasília, v. 1, n. 8, p. 11 – 16, Março 2014. Disponível em: <[https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiJr7fEsJvXAhXCDpAKHTPDBQsQFgg5MAM&url=http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/download/1448/1291&usg=AOvVaw0VAvgbn\\_AjT7XuDS1DjiOv](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiJr7fEsJvXAhXCDpAKHTPDBQsQFgg5MAM&url=http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/download/1448/1291&usg=AOvVaw0VAvgbn_AjT7XuDS1DjiOv)>. Acesso em: 01/08/2017.

SOUTO, K. M. B. A política de atenção integral a saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. *Revista ser social*, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161 – 182, Janeiro/Junho 2008. Disponível em: <[http://periodicos.unb.br/index.php/ser\\_social/article/viewfile/17/18](http://periodicos.unb.br/index.php/ser_social/article/viewfile/17/18)>. Acesso em: 03/08/2017.

THEODORO, M. As características do mercado de trabalho e as origens do informal no Brasil. In: \_\_\_\_\_. *O estado e os diferentes enfoques sobre o informal*. [S.l.]: Ipea, 2002.

TIENE, I. *Mulher moradora de rua – entre violências e políticas sociais*. Campinas: Alínea, 2004. v. 1.